

KVH *journal*



ePAPER

Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**

Anmeldung
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

IM DATEN- WUNDERLAND

*Bringt die ePA einen Schub
für die medizinische Forschung?*

**PVS-RANKING**

Umfrage zur Tauglichkeit der Systeme

RÜCKENSCHMERZ

Alte und neue Erklärungsmodelle

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

KVH-Journal
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeitende

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die
Meinung der Autorin oder des Autors und nicht
unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: John Afful

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 2/2025 (Februar 2025)



Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

Anmeldung
ePAPER
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)



**PAPIER SPAREN –
DIGITAL LESEN!**

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

Das Layout der elektronischen Ausgabe passt sich
flexibel an alle Endgeräte an. Damit können Sie das KVH-Journal
auch auf dem Smartphone oder Tablet lesen.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Es ist erstaunlich, wie wenig Aufmerksamkeit das Thema „ambulante Versorgung“ in diesem Wahlkampf erhält. Zwar gibt es viele hochgesteckte Forderungen und Erwartungen: wohnortnahe Versorgung, schnelle Arzttermine, mehr Leistung für weniger Geld. Doch in den Wahlprogrammen fehlt es an klaren und durchdachten gesundheitspolitischen Strategien.

Kein Wunder, dass sich immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte aufgrund dieser Unsicherheiten für eine Anstellung statt eine eigene Praxis entscheiden. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleibt ein ungelöstes Problem. Bei der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen scheint es ein Einsehen zu geben. Wir erwarten diesmal auch tatsächlich eine Umsetzung.

Auch auf kommunaler Ebene könnten die Parteien stärker um die besten gesundheitspolitischen Ideen konkurrieren. Zum Beispiel könnten bei der Konzipierung neuer Stadtteile auch Räume für Arztpraxen eingeplant werden, um Ärztinnen und Ärzte mit günstigen Mieten in die Nachbarschaft zu ziehen. Viele Wählerinnen und Wähler würden solche Initiativen unterstützen – denn es käme ihnen in ihrem Lebensumfeld ganz unmittelbar zugute.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, **Fax:** 22802-420, **E-Mail:** redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06** – "Da werden Märchen erzählt" – Bringt die ePA einen Schub für die medizinische Forschung? Interview mit Jürgen Windeler

FORUM

- 10** – Praxissoftware: Zi veröffentlicht Ranking zur Bewertung der Gebrauchstauglichkeit
- 11** – WHO-Umfrage zur psychischen Gesundheit von Ärzt:innen

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12** – Fragen und Antworten
- 14** – Long-COVID: Neue Leistungen im EBM
- 16** – Außerklinische Intensivpflege: Übergangsregelung zur Potenzialerhebung verlängert
Krankenförderung auch per Videosprechstunde und eingeschränkt telefonisch verordnungsfähig

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar**, **Abrechnung**, **Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

- 17_** Qualitätssicherung: Keine Stichprobenprüfungen mehr im Bereich Kernspintomographie
- 18_** Kollegensuche im "Sicheren Netz"
- 19_** Zi-Kodierhilfe und Fachgruppenthesen: Aktualisierung auf 2025 jetzt online

ARZNEIMITTEL

- 19_** Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

SELBSTVERWALTUNG

- 28_** Steckbrief: Dr. Till S. Eichenauer



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 20_** Prävention und frühe Therapie von Demenz: Wenn Wunschdenken den Blick auf Studiendaten trübt

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
- 03_** Editorial

FORUM

- 11_** Leserbrief

KOLUMNE

- 24_** "Kurze Kulturgeschichte des Kreuzschmerzes" – von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Thorsten Maybaum / Deutsches Ärzteblatt; Seite 17: Pikbundle/Stock.Adobe.com – generiert mit KI; Seite 23: Reiner Zensen / Deutscher Ethikrat, Sarah Rubensdörffer; Seite 25: Wikipedia; Seite 30: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Da werden Märchen erzählt«

Bringt die elektronische Patientenakte (ePA) einen Schub für die medizinische Forschung?
Der ehemalige IQWiG-Chef **JÜRGEN WINDELER** über problematische Daten, methodische Limitationen und die Gefahr einer zweckentfremdeten Auswertung.

Die Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) sollen der Forschung zugänglich gemacht werden. Damit sind große Erwartungen verbunden: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach spricht von einem „Datenschatz“, den es bisher nirgendwo sonst gibt – und von einem echten „Gamechanger für die Forschung“ (1). Was halten Sie davon?

WINDELER: Es gibt nur wenig Anhaltspunkte dafür, dass die Auswertung solcher Daten zu bahnbrechenden wissenschaftlichen Erkenntnissen führen könnte. Ich wüsste nicht, wie das gehen soll.

Warum nicht? Was ist das Problem mit solchen Daten?

WINDELER: Zunächst mal: Solche Datensätze unterliegen verschiedensten Verzerrungen (Bias), unter anderem sind sie gerichtet unvollständig. Beispielsweise können Patientinnen und Patienten dafür sorgen, dass nicht alle Daten in ihrer ePA auftauchen. Das geschieht nicht zufällig, sondern systematisch nach ihren Wünschen oder Befürchtungen. Der ePA-Datensatz deckt zudem nur GKV-Patienten ab, Informationen zu Privatversicherten fehlen. Die Gruppe der Privatversicherten ist aber keine Zufallsstichprobe, sondern eine sehr gerichtete Auswahl. Auch Abrech-

nungsdaten unterliegen einem Bias: In jeder Gebührenordnung gibt es positive und negative Anreize, die für eine verzerrte Abbildung sorgen. Wenn in einem Datensatz zufällig jede zehnte Zahl fehlt, ist das nicht so schlimm – das kann man mit statistischen Methoden korrigieren. Wenn ein Datensatz aber nicht zufällig, sondern in mehrfacher Hinsicht systematisch verzerrt ist, macht das eine wissenschaftliche Auswertung sehr schwierig.

Welche Forschungsfragen könnte man mit solchen Daten beantworten?

WINDELER: Theoretisch könnte man mit solchen Daten beispielsweise Häufigkeits-Fragen



Prof. Dr. med. Jürgen Windeler ist Arzt und Professor für Medizinische Biometrie und Klinische Epidemiologie. Von 2010 bis 2023 war er Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln.

beantworten: Wie häufig kommt Multiple Sklerose in Deutschland vor? Praktisch werden die Datensätze aber Fälle enthalten, die als Multiple-Sklerose-Fälle kodiert wurden, in Wirklichkeit aber keine sind – und sie werden Multiple-Sklerose-Fälle enthalten, die nicht als solche kodiert wurden. Möglicherweise hilft die Auswertung von Medikamenten-Daten: Wer nimmt MS-typische Medikamente? Auch das funktioniert aber nur ansatzweise. Sie haben also Datensätze aus verschiedenen Quellen, deren Verzerrungen Sie nicht ohne Weiteres mit statistischen Methoden korrigieren können. Da kommt man dann zu Ergebnissen, denen ein langes Kapitel über die methodi-

schen Limitationen der Auswertung beigelegt werden muss. Und am Ende bleibt nur Achselzucken.

Können Datensätze aus verschiedenen Quellen überhaupt einer bestimmten Person zugeordnet werden?

WINDELER: Ja. Solche Daten werden nicht anonymisiert, sondern pseudonymisiert. Das heißt: Die Person heißt im Datensatz nicht mehr „Hans Müller“, sondern beispielsweise X35X_R65-54. Anhand dieser Kennzeichnung findet die Zuordnung statt: Datensätze aus der ePA, dem Krebsregister oder anderen Quellen können korrekt zusammengeführt werden.

Zum Nutzen von medizinischen Interventionen kann man anhand solcher Daten keine Aussage machen?

WINDELER: Bei den meisten Fragestellungen, die für die Patientenversorgung wichtig sind, helfen solche Daten nicht weiter. Wenn man Aussagen über den Nutzen einer Intervention machen will, braucht man immer einen Vergleich. Ein Beispiel: Ich habe Kopfschmerzen und nehme eine Tablette. Nach einer Stunde sind meine Kopfschmerzen weg. Ein häufiger logischer Fehler ist es dann, aus dem zeitlichen Zusammenhang zu schließen, dass ein kausaler Zusammenhang vorliegt. Ich weiß aber nicht: War es die Tablette? Vielleicht

wären die Kopfschmerzen auch ohne Tablette weggegangen. Nur ein fairer Vergleich kann Aufschluss über den Nutzen der Tablette geben. Große Beweiskraft haben in dieser Hinsicht randomisierte kontrollierte Studien: Dabei wird eine Gruppe, bei der eine Intervention durchgeführt wird, mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Zuordnung der Probanden zu den Gruppen erfolgt zufällig. Mit weiteren methodischen „Sicherungs“-Maßnahmen kann man dann die beobachteten Unterschiede zwischen den Gruppen ziemlich verlässlich auf die Intervention zurückführen. Wie man auf Grundlage von ePA-Daten „Forschung“ mit auch nur annähernd ähnlicher Aussagesicherheit

abgebildet und können berücksichtigt werden. Das ist etwas völlig anderes als ein Datensatz, der enthält, was unkontrolliert in eine ePA eingestellt wird.

Kennen Sie denn Beispiele für Studien, die mit Hilfe von unstrukturierten Daten wie jenen aus der ePA zu substanziellen, für die Patientenversorgung nützlichen Ergebnissen gekommen sind?

WINDELER: Nein. Es wäre hilfreich, wenn jemand, der für die Auswertung von Gesundheitsdaten im großen Stil plädiert, solche Beispiele vorträge. Das würde mich interessieren und vielleicht sogar überzeugen – mag ja sein. Meine Hypothese ist: Es

Krankenkassen könnten auf die Idee kommen, in Daten ihrer Versicherten zu stöbern und zu sagen: „Hören Sie mal, wir haben festgestellt, dass Sie ein erhöhtes Risiko für diese oder jene Erkrankung haben.“ Der Paragraph 25b SGB V eröffnet Raum für solche Szenarien. Ich bin sehr gespannt, was da auf uns zukommt. Auch Pharmafirmen wollen Daten auswerten, um zu erfahren, wie ihre Medikamente eingesetzt werden.

Offenbar soll der Pharma-Standort Deutschland durch einen leichteren Zugang zu Gesundheitsdaten gestärkt werden. Wäre das nicht auch wichtig für die Patientenversorgung?

WINDELER: Die häufige Rede davon, dass so neue Medikamente schneller ins System kommen sollten, verkennt, dass eigentlich jeder ein großes Interesse haben müsste, dass sie sorgfältig geprüft sind, wirklich Vorteile für Patientinnen und Patienten bringen und man ihr Risikoprofil gut kennt. Und die ePA-Daten sind für die Klärung solcher Nutzen-Risiko-Fragestellungen nun mal nicht geeignet.

Welches Interesse haben die Pharmafirmen denn dann an diesen Daten? Was wollen sie herausfinden?

WINDELER: Da geht es eher um Marktforschung. Man will sich beispielsweise ansehen: Nehmen die Multiple-Sklerose-Patienten das von einer bestimmten Firma hergestellte Medikament? Gibt es da noch Luft nach oben? Wie groß ist das Marktpotenzial? Wenn Pharmafirmen mit Hilfe solcher Auswertungen einen besseren Einblick in das

Um Aussagen zum Nutzen einer medizinischen Intervention machen zu können, braucht man gute Vergleichsstudien. Da helfen ePA-Daten nicht weiter.

durchführen könnte, hat mir noch niemand erklärt. Das funktioniert ja schon kaum mit Registerdaten, die immerhin um Klassen besser sind als die ePA-Daten.

Was ist der Unterschied zwischen Registerdaten und ePA-Daten?

WINDELER: In gut geführten Registern ist eine Struktur und eine Qualitätssicherung vorgegeben. Die Informationen werden gezielt erhoben. Sogenannte Confounder, also Störgrößen, sind idealerweise

gibt solche Beispiele nicht. Große Erkenntnisse mit Hilfe von ePA-Daten? Dramatische Verbesserung in der Versorgung? Da werden Märchen erzählt.

Wer könnte denn überhaupt etwas mit diesen Daten anfangen? Wer hat ein Interesse daran, sie zu nutzen?

WINDELER: Naja, daran haben ganz offensichtlich viele Player ein Interesse. Es gibt Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die mit solchen Daten trotz der damit verbundenen Probleme arbeiten wollen.

Marktgeschehen bekommen, können sie ihre Strategien optimieren.

Karl Lauterbach sagt, dass sich auch Firmen wie Meta, OpenAI und Google für diesen Datensatz interessieren (2) ...

WINDELER: Na, selbstverständlich! Diese Firmen sind immer an unseren Daten interessiert. Es ist zum Beispiel durchaus vorstellbar, dass große Tech-Firmen ein Interesse daran haben, mit solchen Daten ihre Künstliche-Intelligenz-Systeme zu trainieren. Sie könnten beispielsweise versuchen, bestimmte mit Diagnosen korrelierende Muster zu entdecken, um medizinische Entscheidungen zu unterstützen. Solche Entscheidungshilfe-Modelle gibt es bereits – manche sind so gut oder besser als Menschen, manche schlechter, die meisten schlecht geprüft. Doch auch bei den Tech-Firmen wird natürlich die Vermarktung eine Rolle spielen: Es ist hilfreich, möglichst viel über die Menschen zu wissen, um ihnen gezielte Angebote machen zu können. Der Gesundheitsbereich wird immer lukrativer. Insofern wird es für kommerzielle Firmen lohnend sein, sich eine wissenschaftliche Fragestellung auszudenken, um über das Forschungsdatenzentrum auf die Daten zugreifen zu können.

Was ist das Forschungsdatenzentrum?

WINDELER: Aufgabe des Forschungsdatenzentrums ist es,

Vortrag auf dem Kongress der Freien Ärzteschaft



Am 30. November 2024 sprach Prof. Dr. Jürgen Windeler auf dem Jahreskongress der Freien Ärzteschaft zum Thema „Digitalisierung – zwischen Fortschritt und Fetisch“. Hier seine Rede ungekürzt als Video: <https://player.vimeo.com/video/1035254612>

Abrechnungsdaten der Kassen, Daten aus der ePA und weitere Daten der GKV-Versicherten für die Forschung zugänglich zu machen. Das soll auf Antrag geschehen, der vom Zentrum geprüft wird. Wie und nach welchen Kriterien dies geschieht, weiß man nicht. In § 303e SGB V ist aufgeführt, zu welchen Zwecken die Daten verarbeitet werden dürfen – unter anderem zur „wissenschaftlichen Forschung zu Fragestellungen aus den Bereichen Gesundheit und Pflege, Analysen des Versorgungsgeschehens, sowie Grundlagenforschung im

Bereich der Lebenswissenschaften“. Das ist derart schwammig, dass eine kommerzielle Firma schon ziemlich fantasielos und ungeschickt sein müsste, um eine Absage zu bekommen. Man sollte vielleicht nicht „Marktforschung“ in den Antrag schreiben, sondern lieber „wissenschaftliches Forschungsvorhaben“ – ansonsten sind im Gesetz jedenfalls keine ernsthaften Zugangsbeschränkungen zu erkennen.

Patientinnen und Patienten, die keinen Widerspruch gegen die Nutzung ihrer ePA-Daten für „Forschungszwecke“ einlegen, stellen sich das womöglich anders vor ...

WINDELER: Ja. Meiner Ansicht nach wird zu wenig darüber diskutiert, für welche Fragestellungen solche Daten überhaupt genutzt werden können und von wem. Und ich vermisste eine halbwegs vernünftige Darstellung der Risiken. Es gibt eine stürmische Entwicklung im Bereich der Künstlichen Intelligenz. Glaubt man, was zu lesen ist, wäre es doch erstaunlich, wenn Künstliche Intelligenz nicht bald dazu in der Lage sein sollte, die Pseudonymisierung von Daten zu knacken. Die Zuversicht, dass für Forschungszwecke pseudonymisierte Daten auf Dauer sicher sein könnten, erscheint mir ziemlich naiv. ■

*Interview:
Martin Niggeschmidt*

1) Gesundheitsminister über künstliche Intelligenz: Wird der Arzt irgendwann überflüssig, Herr Lauterbach? Spiegel, 9.9.2023 <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/karl-lauterbach-ueber-kuenstliche-intelligenz-wird-der-arzt-irgendwann-ueberfluessig-herr-minister-a-3ba0d0c1-706d-4706-ba21-899c7054c878>

2) Lauterbach zu Gesundheitsdaten: Google, Meta und OpenAI melden Interesse an. Heise.de, 28.11.2024 <https://www.heise.de/news/Lauterbach-zu-Gesundheitsdaten-Google-Meta-und-OpenAI-melden-Interesse-an-10179936.html>



Zi veröffentlicht Ranking zu Praxissoftware

Die Benutzerfreundlichkeit von PVS-Systemen wird einer Umfrage zufolge sehr unterschiedlich beurteilt. Das Zi fordert: „Wechsel zu leistungsfähiger Software sollte finanziell gefördert werden.“

Fast die Hälfte der Arzt- und Psychotherapiepraxen ist explizit unzufrieden mit ihrer Praxissoftware (PVS). Lediglich eine von vier Praxen würde ihre Software aktiv weiterempfehlen. Produkte des Marktführers CompuGroup Medical werden von Nutzern vergleichsweise schlecht bewertet.

Das sind zentrale Ergebnisse einer bundesweiten Praxisumfrage, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im März und April 2024 unter niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sowie unter angestellten Mitarbeiter:innen durchgeführt hat. Auf Grundlage dieser Umfrageergebnisse hat das Zi eine wissenschaftliche Studie publiziert, die unter anderem auch ein Ranking zur Bewertung der „Usability“ von Praxissoftware-Systemen enthält. „Usability“ lässt sich mit Gebrauchstauglichkeit oder Benutzerfreundlichkeit übersetzen.

Die fünf am besten bewerteten PVS in der System Usability Scale (SUS):

- Platz 1: Tomedo (Hersteller: Zollsoft)
- Platz 2: PegaMed (Hersteller: Pega Elektronik)
- Platz 3: T2med (Hersteller: T2med)
- Platz 4: InterArzt (Hersteller: InterData)
- Platz 5: Praxis-Programm (Hersteller: MediSoftware)

Die fünf am schlechtesten bewerteten PVS in der System Usability Scale (SUS):

- Platz 36: CGM Medistar (Hersteller: CompuGroup Medical)
- Platz 37: Data Vital (Hersteller: CompuGroup Medical)
- Platz 38: Turbomed (Hersteller: CompuGroup Medical)
- Platz 39: Q-med Praxis (Hersteller: Schwerdtner Medizin-Software)
- Platz 40: CGM M1 Pro (Hersteller: CompuGroup Medical)

„Wer die Digitalisierung des Gesundheitswesens beschleunigen will, muss die Verbreitung leistungsfähiger PVS fördern“, sagt der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von

Stillfried. „Ein Wechsel der Praxissoftware kostet aber viel Zeit und damit auch Geld. Gut wäre es daher, den Wechsel zu einer leistungsfähigen Lösung finanziell zu belohnen“, so von Stillfried. „Erfahrungen im Ausland zeigen, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens schneller gelingt, wenn der Einsatz von Software mit nachweislich besserer Funktionalität beziehungsweise einem besseren Service gefördert wird.“ ■

WEITERE INFOS

Vollständiges Ranking der PVS-Systeme: <https://www.zi.de/bidashboard/pvs-vergleich-2024>

Zi-Studie „Praxisverwaltungssysteme: Deutschlandweite Ergebnisse zu Usability, Nutzerzufriedenheit und Wechselbereitschaft aus 10.245 Bewertungen“: <https://doi.org/10.3205/mibe000269>

Medieninformation: „Zi veröffentlicht erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage“: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/MI_PVS-Umfrage_2024-05-02.pdf



WHO-Umfrage zur psychischen Gesundheit von Ärzt:innen

Teilnahme bis 28. Februar möglich



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt eine europaweite Umfrage zur psychischen Gesundheit von Ärzt:innen und Pflegekräften durch. Damit sollen Daten gesammelt werden, um die Herausforderungen, mit denen diese Berufsgruppen konfrontiert sind, besser zu verstehen. Ziel ist es, Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu entwickeln. Die Ergebnisse werden in einem WHO-Bericht im Juni 2025 veröffentlicht.

Ärzt:innen und Pflegekräfte können noch bis zum 28. Februar an der Umfrage teilnehmen. Die Beantwortung der Fragen nimmt etwa 12 Minuten in Anspruch, als Sprache kann Deutsch ausgewählt werden. ■

Die Teilnahme ist unter folgendem Link möglich:
<https://healthworkers-survey.comsuam.org>

Leserbrief

KVH-Journal Nr. 12/2024
 Schwerpunktthema "Aus der Balance: Gefährden kaufmännische Vorgaben die Medizin?"

KV könnte die Regie übernehmen

Die Entwicklung zu immer mehr Investor-geführten Großpraxen scheint kaum aufzuhalten. Die Gründe: Einsparpotentiale durch Großkauf, bessere Auslastung der Praxisflächen und Geräte und last but not least: der Trend zu mehr work-life-balance, besser LIFE-work-balance. Anstellungersuchen für weniger als 10 Wochenstunden sind die Regel.

Was wir dagegen tun können: Im KV-System umdenken. Warum nicht die Einzelpraxis von vornherein als BAG – also für mehrere Ärzt:innen – ausschreiben? Andere Idee: Die KV übernimmt die Regie und stellt Ärztinnen und Ärzte für in ihrem Besitz befindliche Praxen ein. Das sichert der niedergelassenen Ärzteschaft und letztlich auch der KV das Überleben. Denn eines muss allen klar sein: Am Ende machen diese Großpraxen Direktverträge mit den Krankenkassen, das ist dann auch das Ende der KVen.

Dr. Thomas Gent,
 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in
 Hamburg-Volksdorf



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802-802**

TERMINSERVICESTELLE

Gibt es für die Anzahl der zu meldenden TSS-Termine eine Obergrenze?

Nein, eine Obergrenze gibt es nicht. Aber es gibt eine Untergrenze. Die Mindestanzahl der zu meldenden Termine richtet sich nach der Fachgruppenzugehörigkeit. Die aktuelle Verpflichtung stellt sich folgendermaßen dar:

Fachgruppe	Meldepflicht pro Arzt im Monat
Endokrinologie	5 Termine
Rheumatologie	3 Termine
Gastroenterologie	3 Termine
Kardiologie	2 Termine
Nervenärzte (Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde)	3 Termine
Psychotherapie	2 PT-Sprechstunden
Kinder- und Jugendmedizin	1 Termin (Vorsorge) 1 Termin regulär
Alle anderen Fachgruppen	1 Termin

Bitte beachten Sie, dass sich die Mindestanzahl der zu meldenden Termine durch einen eingeschränkten Versorgungsauftrag nicht reduziert und dass auch angestellte Ärzt:innen verpflichtet sind, entsprechend TSS-Termine zur Verfügung zu stellen.

PSYCHOTHERAPIE

Ist es möglich, eine Probatorik während einer Krankenhausbehandlung durchzuführen?

Ja. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses sowie in den psychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden. Durch diese Regelung soll eine erforderliche ambulante Psychotherapie noch während des stationären Aufenthaltes so weit vorbereitet werden, dass die Patienten nahtlos weiterbehandelt werden können. Hierbei sollen insbesondere Behandlungsunterbrechungen vermieden werden.

GESUNDHEITS-CHECK-UP

Einer meiner Patienten hatte 2024 mit 34 Jahren eine Gesundheitsuntersuchung (GU). Nun ist der Patient 35 Jahre alt und möchte erneut eine GU erhalten. Kann ich diese beim ihm durchführen?

Grundsätzlich haben gesetzlich Krankenversicherte zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr einmalig Anspruch auf den Gesundheits-Check-Up. Ab dem Alter von 35 kann die Untersuchung alle drei Jahre in Anspruch genommen werden. Auch direkt nach dem 35. Geburtstag ist immer die letzte Untersuchung ausschlaggebend. Dieses Ereignis hat keine Auswirkung auf die Dreijahresfrist. Demnach hat der Patient ab Januar 2027 Anspruch auf seine nächste GU.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ein Patient war bis vorgestern arbeitsunfähig, gestern hat er gearbeitet und heute fällt er wegen derselben Erkrankung wieder aus. Stellen wir nun eine Erst- oder eine Folgebescheinigung aus?

In diesem Fall wird eine Erstbescheinigung ausgestellt, da der Patient – wenn auch nur kurz – arbeitsfähig war.

JUGENDARBEITSSCHUTZGESETZ

Wie rechnen wir die Jugendarbeitschutzuntersuchung vor Antritt einer Ausbildung, bei einem Minderjährigen ab?

Diese Untersuchung ist keine Kassenleistung. Die Patienten bekommen beim zuständigen Bezirksamt bzw. Kundenzentrum einen Untersuchungs-berechtigungsschein. Über diesen Berechtigungsschein wird nach Vorlage in der Praxis, die Untersuchung direkt mit dem Amt für Arbeitsschutz abgerechnet:

**Behörde für Justiz und Verbraucherschutz
Amt für Arbeitsschutz, Rechnungsstelle (AS 104)
Billstraße 80, 20539 Hamburg
Tel.: 428373106**

Eine Kopie des Scheines wird bei der Quartalsabrechnung nicht beigelegt.

HEILMITTEL

Was passiert, wenn ich beim Ausstellen einer Heilmittelverordnung die orientierende Behandlungsmenge überschreite, welche im Heilmittelkatalog angegeben ist?

Für jeden Verordnungsfall ist eine orientierende Behandlungsmenge (OBM) im Heilmittelkatalog angegeben, mit der das Behandlungsziel erreicht werden soll – zum Beispiel „18 Einheiten“. Wird das Ziel im Rahmen der OBM nicht erreicht, können weitere Verordnungen ausgestellt werden. Für Verordnungsfälle, bei denen die OBM überschritten wird, ist lediglich die medizinische Begründung entscheidend, welche in der Patientenakte dokumentiert wird. Sie können also bei medizinischem Bedarf davon abweichen und sowohl weniger als auch mehr Einheiten verordnen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



**Ihre Ansprechpartner: Ulrike Hinz, Anna Spohn,
Petra Timmann, Robin Schmidt und Adnana Cabric**



Long-COVID: Neue Leistungen im EBM

Für die Versorgung von Patienten mit Long COVID oder einem Verdacht auf Long-COVID wurden zum 1. Januar 2025 mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Hintergrund ist die Long-COVID-Richtlinie (LongCOV-RL) des G-BA. Sie regelt, wie Betroffene mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen, berufsgruppenübergreifend, koordiniert und strukturiert versorgt werden.

Zur Abrechnung wird ein neuer Abschnitt 37.8 mit fünf Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen. Alle Leistungen werden zunächst extrabudgetär vergütet.

GOP 37800 FÜR BASIS-ASSESSMENT

Gemäß LongCOV-RL ist in der Regel der Hausarzt der erste Ansprechpartner für die Patienten. Dieser kann die Rolle des koordinierenden Arztes übernehmen und die weiteren Schritte unter anderem mit Fachärzten abstimmen.

Zu den Aufgaben des koordinierenden Arztes gehört ein Basis-Assessment nach der LongCOV-RL. Dieses umfasst die Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer Erkrankung durch systematisches Erfassen und Bewerten des Gesundheitszustands des Patienten. Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Basis-Assessment auch durch einen Facharzt erfolgen.

Koordinierende Ärzte rechnen für das Basis-Assessment die GOP 37800 ab. Die GOP ist mit 20,33 Euro (164 Punkte) bewertet und kann einmal im Krankheitsfall (= ein Jahr) berechnet werden.

ZUSCHLAG ZUR GOP 37800

Für schwere Fälle erhalten Ärzte einen Zuschlag zum Basis-Assessment von 15,86 Euro. Die GOP 37801 (128 Punkte) können sie bis zu zweimal im Krankheitsfall abrechnen.

Zu „schweren Fällen“ zählen beispielsweise Patienten mit Post-COVID (ICD-10-Kodes

U09.9! Post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet) und einer schweren Funktionseinschränkung (ICD-10-Kodes: U50.4- Schwere motorische Funktionseinschränkung). Auch Patienten mit Verdacht auf ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ICD-10-Kodes: G93.3 V) und einer seit mindestens vier Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser Erkrankung fallen darunter.

Bei hinweisender Symptomatik ist beispielsweise die strukturierte Ersterfassung einer möglichen PEM (Post-exertionelle Malaise) oder eines POTS (posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom) Bestandteil des Leistungsinhalts der GOP 37801.

ZUSCHLAG ZUR VERSICHERTEN- ODER GRUNDPAUSCHALE

Koordinierende Ärzte erhalten außerdem einen Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale, wenn der Patient in dem Quartal durch mindestens einen weiteren Vertragsarzt einer anderen Fachrichtung behandelt wird und die obligaten Leistungsinhalte erfüllt sind. Die GOP 37802 ist mit 17,47 Euro (141 Punkte) bewertet und einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

FÖRDERUNG VON FALLBESPRECHUNGEN

Für die Teilnahme an patientenbezogenen Fallbesprechungen können Ärzte, die an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind, die GOP 37804 (86 Punkte/10,66 Euro) abrechnen. Die GOP ist bis zu fünfmal im Krankheitsfall

berechnungsfähig. Die Besprechung kann in Präsenz, per Video oder Telefon stattfinden.

SPEZIALISIERTE AMBULANTE VERSORGUNG: GOP 37806

Koordinierende Ärzte haben auch die Möglichkeit, Patienten zur differentialdiagnostischen Abklärung an eine Hochschulambulanz (nach § 117b SGB V) oder eine spezialisierte vertragsärztliche Praxis zu überweisen. Die Ärzte dort können einmal im Behandlungsfall (höchstens zweimal im Jahr) die GOP 37806 (219 Punkte/27,14 Euro) abrechnen.

Die Einrichtungen müssen besondere Kriterien der LongCOV-RL erfüllen. Dazu gehört, dass sie eine neurologische, kardiologische und pneumologische Versorgung gewährleisten und an Forschung zu den in der LongCOV-RL genannten Erkrankungen beteiligt sind.

LONG-COVID-RICHTLINIE DES G-BA

Ziel der LongCOV-RL ist die bessere und schnellere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen. Dazu zählen auch das Post-Vac-Syndrom (Beschwerden nach einer COVID-19-Impfung) und ME/CSF (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom). Die LongCOV-RL bezieht sich auf Betroffene aller Altersgruppen. ■

Quelle: KBV Praxisnachrichten

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 -802

Therapie-Kompass zur Behandlung von Long-COVID

Zur symptom-orientierten Arzneimitteltherapie von Long-COVID bei Erwachsenen ist ein Therapie-Kompass erschienen.

Die Publikation beinhaltet eine Übersicht über geeignete Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen, die für die Therapie der aufgeführten – häufig bei Long-COVID auftretenden – zwölf Symptomkomplexe zugelassen sind. Sie soll Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung von Betroffenen unterstützen.

Der Therapie-Kompass steht auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zum Download zur Verfügung:

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/ZulRelThemen/therapie-kompass.html>

Themenseite der KBV zu Long-COVID und Post-COVID:

https://www.kbv.de/html/themen_55220.php



Außerklinische Intensivpflege: Übergangsregelung zur Potenzialerhebung verlängert

Die Übergangsregelung zur Potenzialerhebung in der außerklinischen Intensivpflege wurde verlängert. Demnach muss vorerst auch weiterhin nicht in jedem Fall das Entwöhnungspotenzial erhoben werden, bevor eine Verordnung der außerklinischen Intensivpflege erfolgt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die bestehende Übergangsregelung bis zum 30. Juni 2025 verlängert.

Für den Fall, dass eine solche Erhebung nicht durchgeführt wurde, hat die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt darauf hinzuwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung bis spätestens 30. Juni 2025 erfolgt.

Regelung für Bestandsfälle

Für sogenannte Bestandsfälle – Patientinnen und Patienten, die bereits vor dem 31. Oktober 2023 außerklinische Intensivpflege (nach den Regelungen für die häusliche Krankenpflege) erhalten haben – gilt eine Sonderregelung: Wenn bei einer Potenzialerhebung festgestellt wird, dass keine Aussicht auf Dekanülierung oder Entwöhnung besteht, sind zukünftige Potenzialerhebungen nicht mehr zwingend erforderlich. Voraussetzung hierfür ist, dass die Erhebung bis spätestens 31. Oktober 2025 erfolgt.

Verlängerte Übergangsregelung endet Mitte des Jahres

Ab Juli 2025 greifen die regulären Vorgaben. Ärztinnen und Ärzte müssen dann vor jeder Verordnung

außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Entwöhnung prüfen oder eine entsprechende Erhebung veranlassen. Dies soll gewährleistet sein, dass regelmäßig geprüft wird, ob eine dauerhafte Beatmung notwendig oder eine Entwöhnung möglich ist.

Themenseite der KBV zur außerklinischen Intensivpflege:

www.kbv.de/html/60812.php

Ansprechpartner:
Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 -571, -572



Verordnung und Beratung

Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**

Arzneimittelverordnung **Schutzimpfung** **Rehabilitation** **Heilmittel** **Krebsvorsorge** **Entlassmanagement** **Einweisung**

Medizinprodukte **Impfvereinbarung**

Palliativpflege **Wirkstoffvereinbarung** **Krankentransport** **Sprechstundenbedarf** **Überweisung** **Arzneimittelvereinbarung** **Krankenpflege**

Verbandmittel **Früherkennung** **Arzneimittel**

Richtlinien **Off-Label-Verordnung** **Trendmeldung** **Verbandmittel** **Wirtschaftlichkeitsgebot** **Digitale Gesundheitsanwendungen**

Prüfungsvereinbarung **Heilmittelvereinbarung** **Wiedereingliederung** **DMP** **Substitution** **Wirkstoffvereinbarung** **Nutzenbewertung** **Krankengeld** **Antibiotika-Therapie** **Arzneimittelmissbrauch**

Sie verordnen – wir beraten!

Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements.

Fragen Sie uns einfach!

☎ 040 22 802 571/572
verordnung@kvhh.de

Krankenförderung auch per Videosprechstunde und eingeschränkt telefonisch verordnungsfähig

Künftig ist es möglich, Krankenförderungen auch im Rahmen einer Videosprechstunde zu verordnen.

Wesentliche Bedingungen:

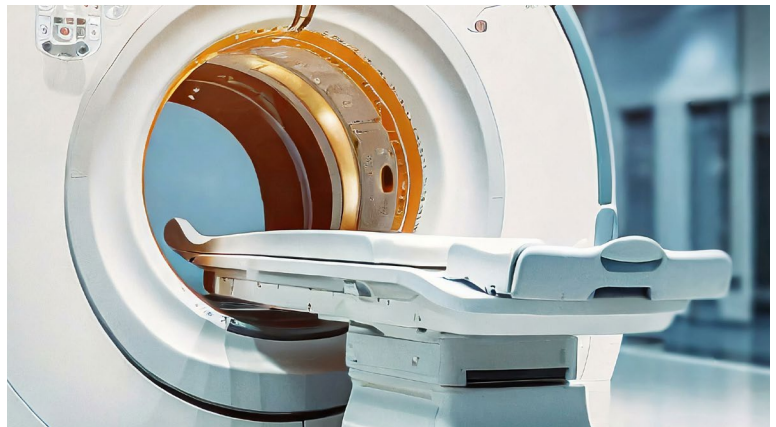
- Die Patientin oder der Patient muss der Praxis schon persönlich bekannt sein.
- Die medizinischen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Krankenförderung müssen per Videosprechstunde sicher beurteilt werden können. Bestehen Zweifel, ist eine erneute unmittelbare Untersuchung vor Ort erforderlich.

Ausnahmsweise kann die Verordnung einer Krankenförderung auch nach Telefonkontakt erfolgen, wenn alle relevanten Informationen bereits durch eine frühere persönliche Behandlung oder eine Videosprechstunde vorliegen.

Die Authentifizierung der Versicherten ist in jedem Fall durch die Verordnenden sicherzustellen. ■

Weitere Informationen zur Verordnung einer Krankenförderung finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Verordnung → Krankenförderung

Qualitätssicherung: Keine Stichprobenprüfungen mehr im Bereich Kernspintomographie



Die Stichprobenprüfungen der ärztlichen Dokumentation im Bereich Kernspintomographie fallen für mindestens fünf Jahre (bis Januar 2030) weg. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im November 2024 beschlossen. Begründet wird dies mit den gleichbleibend positiven Prüfungsergebnissen in den vergangenen Jahren. Die Entscheidung des G-BA geht auf einen Evaluationsbericht des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) von 2021 zurück.

Die KV Hamburg begrüßt den Beschluss, nach der Computertomographie auch die Kernspintomographie von stichprobenartigen Prüfungen auszunehmen. Hierdurch verringern sich die Bürokratieaufwände für Ärztinnen

und Ärzte, aber auch für die Mitglieder der Qualitätssicherungs-Kommission, ohne dass die hohe Qualität der Patientenversorgung gefährdet ist.

Der G-BA wird 2028 darüber beraten, ob fachliche, medizinische Gründe oder andere Erkenntnisse, zum Beispiel neue Untersuchungsmethoden vorliegen, die eine Wiederaufnahme der Stichprobenprüfung ab 1. Januar 2030 erforderlich machen.

Hier von nicht berührt ist die Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen in der MR-Angiographie (jährlich 20% der abrechnenden Ärzte). ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Güler Aykac,
Tel: 040 / 22802 – 895
gueler.aykac@kvhh.de



Kollegensuche im „Sicheren Netz“

Auch KIM-Adressen von Kollegen und Betriebsstättennummern werden angezeigt

Mit der Anwendung „Kollegensuche“ im Sicheren Netz der KVen können Ärzte und Psychotherapeuten alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen finden.

Die Suche ist nach verschiedenen Kriterien möglich – etwa nach Nachnamen, Praxisadresse, Arzt- oder Betriebsstättennummer, Fachgebiet, Zusatzbezeichnungen oder Fremdsprachen.

Auf dem Ergebnisfeld werden unter anderem Telefonnummer, Webseite, Betriebsstättennummer und KIM-Adresse angezeigt. ■

BESONDERE FUNKTIONEN DER KOLLEGENSUCHE

Umkreissuche

Über die Angabe eines Ortes, einer Postleitzahl und/oder einer Straße kann eine punktgenaue Umkreissuche (z.B. mit der Adresse der eigenen Praxis als Startpunkt) durchgeführt werden.

Betriebsstättennummern

In der Kollegensuche wird auch die Betriebsstättennummern (BSNR) angezeigt. Dies ist vor allem für Hausärzte relevant, die für einen Patienten einen dringenden Termin bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln. Denn für die Abrechnung des Zuschlags zur Versichertenpauschale in Höhe von 15 Euro (GOP 03008 / GOP 4008) müssen sie auch die BSNR der Praxis angeben, bei der sie den Termin vereinbart haben.

Anzeige von KIM-Adressen

Ärztinnen und Ärzte, die zum Beispiel einem Kollegen einen elektronischen Arztbrief übermitteln wollen, klicken im Ergebnisfeld auf den Button „KIM-Adresse ermitteln“. Die angezeigte KIM-Adresse kann man kopieren und in sein KIM-Mailprogramm einfügen.

Die Kollegensuche befindet sich im „Sicheren Netz der KVen“, das über die Telematikinfrastruktur erreichbar ist. Der Online-Dienst kann sowohl über die Startseite des „Sicheren Netzes“ als auch direkt aufgerufen werden über den Link: <https://kollegensuche.kv-safenet.de/>

Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

Bei diesen Patientinnen und Patienten bitten wir Sie, besonders aufmerksam bei der Verordnung von Arzneimitteln zu sein.

43-jähriger Patient, AOK Rh HH, PLZ 22547

ist offensichtlich intoxikiert und wird aggressiv, als er das gewünschte Rezept über Olanzapin und Pregabalin nicht erhält.

25-jährige Patientin, IKK classic, PLZ 21079

fragt nach Lorazepam; in der Apotheke fiel auf, dass sie Rezepte von 4 Praxen vorgelegt hat.

Zu Zolpidem:

In den Verordnungsdaten fiel auf, dass ein Patient (oder eine Patientin) 2023 in 103 Praxen Rezepte für Zolpidem bekommen hat, insgesamt 4100 Tabletten zu 10mg. Meist wurden 20 Tabletten verschrieben, nur selten in einem Quartal bis 110 Tabletten.

Im 1. Halbjahr 2024 fiel ein Patient mit Rezepten aus 43 Praxen auf (zusammen 1815 Tabletten) und einer mit 23 Praxen (zusammen 1180 Tabletten).

Seien Sie bitte vorsichtig bei Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an unbekannte Patienten.

Wenn Sie bei einer Person einen Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch haben, können Sie dies melden, um Kolleginnen und Kollegen zu warnen. **Zum Meldebogen:** www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch → (unten rechts) Meldebogen

Wir werden den Verdacht nach Prüfung so veröffentlichen, dass weder ein Rückschluss auf die meldende Praxis noch auf die Identität des Patienten möglich ist.

**Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:
Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 -571 / -572
verordnung@kvhh.de**

Zi-Kodierhilfe und Fachgruppenthesauren: Aktualisierung auf 2025 jetzt online

Die Zi-Kodierhilfe ist nach jährlichem ICD-10-GM-Update mit aktualisiertem Datenbestand für das Jahr 2025 jetzt online unter www.kodierhilfe.de sowie als App verfügbar.

Mit der Suchfunktion der Kodierhilfe finden Sie schnell und effizient den richtigen ICD-Kode sowie individuelle Hilfen und Hinweise auf zusätzliche oder alternative Kodiermöglichkeiten.

Fachgruppenspezifische Kodierübersichten (Zi-Thesauren) sowie themenspezifische Kodiermanuale stehen ergänzend bereit. ■

Infos unter:
www.zi.de/kodierung





AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Prävention und frühe Therapie von Demenz

Wenn Wunschdenken den Blick auf Studiendaten trübt

VON UNIV.-PROF. DR. PHIL. GABRIELE MEYER & UNIV.-PROF. I.R. DR. MED. INGRID MÜHLHAUSER IM
AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

B

„Bis zu 40 Prozent aller Alzheimerfälle lassen sich verhindern – das muss stärker in die Köpfe“, so die *Süddeutsche Zeitung* im Herbst 2024 (1). Andere Medien und die medizinische Fachpresse berichten ähnliche Schlagzeilen. Anlass solch zuversichtlicher Meldungen ist die Aktualisierung der Lancet Standing Commission zur Demenzprävention (8). Mit "hoher LDL Cholesterinspiegel" und "unbehandelter Sehverlust" erweitert diese Expertengruppe die Liste der Risikofaktoren für Demenz auf nun insgesamt 14 und leitet daraus Empfehlungen ab (siehe Kasten).

DEMENZ – EINE LEBENSSTIL-ENTSCHEIDUNG?

Experimentelle Studien, die die Kausalität der Risikofaktoren und deshalb die Effektivität der Demenzvorbeugung belegen könnten, sind oftmals nicht praktikabel. Alternative Studiendesigns sind z. B. genetische

AUS DEN RISIKOFAKTOREN RESULTIERENDE EMPFEHLUNGEN DER LANCET STANDING COMMISSION 2024 ⁽⁸⁾

- Zugang zu guter Bildung für alle und anregende Aktivitäten in der Lebensmitte fördern, um kognitive Fähigkeiten zu schützen
- Hörgeräte für Menschen mit Hörverlust zugänglich machen und schädliche Lärmbelastung verringern, um Hörverlust zu reduzieren
- Effektive Behandlung von Depression
- Verwendung von Helmen und Kopfschutz bei Kontaktsportarten und auf Fahrrädern fördern
- Körperliche Bewegung fördern
- Zigarettenrauchen durch Aufklärung, Preiskontrolle und Rauchverbot an öffentlichen Orten reduzieren und Ratschläge zur Raucherentwöhnung zugänglich machen
- Bluthochdruck verhindern oder reduzieren, ab 40 Jahre einen systolischen Blutdruck von 130 mmHg oder weniger aufrecht halten
- Erhöhtes LDL-Cholesterin ab der Lebensmitte erkennen und behandeln
- Gesundes Gewicht halten und Fettleibigkeit so früh wie möglich behandeln, auch um Diabetes vorzubeugen
- Hohen Alkoholkonsum durch Preiskontrolle und gesteigertes Bewusstsein für die Menge und die Risiken des übermäßigen Konsums reduzieren
- Altersgerechte und unterstützende Gemeinschaftsumgebungen und Wohnformen priorisieren und soziale Isolation verringern durch Teilnahme an Aktivitäten und Zusammenleben mit anderen
- Zugang zu Screening und Behandlung von Sehverlust für alle
- Belastung durch Luftverschmutzung reduzieren

Assoziationsstudien mit Mendel-Randomisierung (10). In solchen Studien konnte bisher kein kausaler Zusammenhang zwischen den von der Lancet-Expertengruppe vorgeschlagenen Risikofaktoren und Demenz bestätigt werden (2).

Die Diagnose Demenz steht typischerweise am Ende eines jahrzehntelangen Entwicklungsprozesses. Nicht das fehlende Hörgerät könnte die Entwicklung einer Demenz befördern, sondern eine frühe Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung, die dazu führt, dass Menschen, die eine Demenz entwickeln, kein Hörgerät nutzen können oder möchten. Als Risikofaktoren erklärte Faktoren sind möglicherweise mit den tatsächlichen Ursachen der Demenz lediglich korreliert, sind aber selbst nicht der Grund für die Demenz. Zum Beispiel mag Schulbildung ein Marker für andere Ursachen der Demenz sein, der jedoch auf andere Lebensbedingungen zurückzuführen ist wie Armut oder mangelnde kognitive Reserve. Die Verlängerung der Schulzeit würde dann nicht das Risiko für Demenz verringern (4).

LECANEMAB ZUR FRÜHEN THERAPIE DER ALZHEIMER DEMENZ

Am 14. November 2024 hat die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) das Medikament Lecanemab (Handelsname Leqembi) zugelassen nach neuerlicher Prüfung der verfügbaren Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit (5). Nicht nur die Deutsche Gesellschaft für Neurologie begrüßt die Empfehlung zur EMA-Zulassung von Lecanemab. Die Betroffenen würden ein halbes Jahr „gesundes“ Leben gewinnen (3).

Bei Lecanemab handelt es sich um einen monoklonalen Antikörper, der sich im Gehirn gegen Komplexe aus dem Protein β -Amyloid richtet und deren Abbau bewirken soll. Die Amyloid-Plaques werden mit der Zerstörung von Nervenzellen in Verbindung gebracht. Mit Lecanemab wurde erstmals ein Wirkstoff zugelassen, der in die Pathophysiologie der Alzheimer Krankheit eingreift. Ab Mitte 2025 könnte das Medikament auch in Deutschland verfügbar sein.

Die Merkmale der Lecanemab-Zulassungsstudie (13) sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

TABELLE 1: MERKMALE DER LECANEMAB-ZULASSUNGSSTUDIE ⁽¹³⁾

Design	Multizentrische, doppelblinde, randomisierte kontrollierte Phase-3-Studie
Vergleich	Lecanemab i.v. (10 mg/kg, alle 2 Wochen) versus Placebo
Studiendauer	18 Monate
Studienpopulation	1795 Teilnehmer:innen in Nordamerika, Europa, Asien (n = 898 Lecanemab, n = 897 Placebo); mittleres Alter: 71,4 Jahre (Lecanemab) vs. 71,9 Jahre (Placebo); Frauen: 51,6 % vs. 53,0 %; Alzheimer Krankheit im frühen Stadium (leichte kognitive Beeinträchtigung im Mini Mental Status Test (0-30 Punkte, wobei 30 keine Beeinträchtigung anzeigt): 25.5±2.2 vs. 25.6±2.2) und Nachweis von Amyloid Plaques im Amyloid-PET oder Lumbalpunktion
Primärer Ergebnisparameter	Veränderung im Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes (CDR-SB) Score ab Baseline (Studienbeginn)
	Für den CDR-SB werden Patienten und deren Angehörige und Pfleger zu kognitiven Leistungen und der Alltagbewältigung befragt, d. h. zu Gedächtnisleistung, Orientierung, Urteilsfähigkeit und Problemlösung, Funktionsweise in sozialen Umwelten (wie Beruf, Einkaufen) häusliches Leben und Hobbys und wie gut sie sich um sich selbst kümmern können
	Wertebereich 0-18 Punkte, wobei ein höherer CDR-SB Score größere Beeinträchtigung anzeigt
Finanzielle Förderung	Eisai und Biogen
Registrierung in ClinicalTrials.gov	NCT03887455

Nach 18 Monaten Studienzeit war in der Lecanemab-Gruppe der CDR-SB Score von einem mittleren Ausgangswert von 3,2 Punkten um 1,21 Punkte gestiegen im Vergleich zur Placebo-Gruppe mit ebenfalls 3,2 Punkten Ausgangswert und Anstieg um 1,66 Punkte (Differenz der Veränderung: -0.45, 95 % Konfidenzintervall -0.67 bis -0.23).



Im PET zeigte sich eine Reduktion der Amyloid-Ablagerungen von 55 % in der Lecanemab-Gruppe im Vergleich zur Zunahme in der Placebogruppe um 4 %.

Dem Supplement zur Publikation der Zulassungsstudie (13) sind Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede der Wirksamkeit von Lecanemab zu entnehmen. Frauen schneiden sowohl hinsichtlich des primären Ergebnisparameters als auch in anderen sekundären Endpunkten (Kognition und Aktivitäten des täglichen Lebens) schlechter ab.

In der Zulassungsstudie (13) traten unter Lecanemab nicht mehr Todesfälle auf; schwere Nebenwirkungen traten jedoch häufiger als unter Placebo auf (14,0 % vs. 11,3 %). Die Auflösung von Beta-Amyloid-Plaques ist mit der Bildung so genannter ARIA (Amyloid-related Imaging Abnormality) assoziiert, radiologische Veränderungen in der zerebralen Bildgebung. ARIA sind Ödeme und Ergüsse (ARIA-E) oder Mikrohämmorrhagien (ARIA-H), die oft symptomlos bleiben, aber auch zu schweren Komplikationen führen können. ARIA traten deutlich häufiger in der Lecanemab-Studiengruppe auf (Tabelle 2). Da zwei homozygote ApoE4 Genkopien (ca. 15 % der Patienten) ein höheres Risiko für ARIA darstellen, erfolgte die EMA-Zulassung schließlich auf Basis der Datenanalyse mit Ausschluss dieser Studienteilnehmer:innen (n=274).

TABELLE 2:
ARIA IN DER LECANEMAB-ZULASSUNGSSTUDIE ⁽⁵⁾

	ARIA-E	ARIA-H
Studienteilnehmer:innen der Lecanemab-Gruppe	12,6 %	16,9 %
Subgruppe der Studienteilnehmer:innen ohne homozygote ApoE4 Genkopien	8,9 %	12,9 %
Studienteilnehmer:innen der Placebo-Gruppe	1,3 %	6,8 %

Doch auch danach sind ARIA immer noch deutlich häufiger als in der Placebo-Gruppe (Tabelle 2).

Die Kosten von Lecanemab betragen in den USA 27.500 US\$ im Jahr (12). Hinzu kommen Kosten für Diagnostik, Apolipo-Protein-Genotypisierung, kontinuierliche zweiwöchige Infusionstherapie, periodische Magnetresonanztomographie, um ARIA zu überprüfen (vor 1., 5., 7., 14. Dosis sowie anlassbezogen bei Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verwirrung, Schwindel). Die Gesamtkosten pro Patient und Jahr wurden für die USA auf mehr als 80.000 US\$ geschätzt (7).

EVIDENZBASIERTE INFORMATION UNABDINGLICH

In beiden Fällen – Demenzprävention und Behandlung mit Lecanemab – wurden die Studienergebnisse unangemessen medial kommuniziert. In Assoziationsstudien identifizierte Risikofaktoren werden kausal interpretiert und erhebliches Präventionspotenzial proklamiert, basierend auf hypothetischen Interventionseffekten.

Für Lecanemab wird eine Skalendifferenz von -0,45 Punkten im CDR-SB Score nach 18 Monaten von der Fachgesellschaft klinisch übersetzt in beschwerdefreie (gesunde) Lebenszeit. Eine neuere Übersichtsarbeit demgegenüber schlägt vor, einen Therapieeffekt bei Alzheimer Krankheit im frühen Stadium erst als klinisch relevant zu erachten, wenn ein Unterschied im CDR-SB Score von 1 bis 2 Punkten vorliegt (11).

Die EMA kündigte an, dass der Hersteller von Lecanemab Informations- und Schulungsmaterial für das medizinische Personal und eine Warninformation für Patient:innen bereitstellen wird (5). Unabdinglich wären jedoch unabhängige evidenzbasierte und geschlechtssensible Informationsmaterialien. Da Therapien wie diese große öffentliche Aufmerksamkeit erfahren, wäre eine niederschwellige Bereitstellung im Nationalen Gesundheitsportal und durch das IQWiG (www.gesundheitsinformation.de) angebracht. Leca-

nemab kommt nur für einen sehr kleinen Kreis von Alzheimer-Betroffenen im frühen Stadium ohne zwei homozygote ApoE4 Genkopien in Frage. Schätzungsweise können 800 bis 1.000 Menschen pro Jahr in Deutschland diese Therapie in Erwägung ziehen (6). Eine evidenzbasierte Information muss die Zielgruppe eindeutig definieren. Sie muss den Nutzen und Schaden der Therapie objektiv darlegen. Die Unsicherheit

hinsichtlich der langfristigen Wirkungen und unerwünschten Wirkungen von Lecanemab – über den 18-monatigen Zeitraum der Zulassungsstudie hinaus – müssen offengelegt werden. Auch die Implikationen, die die Therapie mit sich bringt, wie zusätzliche Termine durch Infusionstherapie und Diagnostik, müssen berichtet werden. Nur so kann den Betroffenen eine informierte Entscheidung ermöglicht werden (9). ■



UNIV.-PROF. DR. PHIL. GABRIELE MEYER
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät /
Institut für Gesundheits- und
Pfle gewissenschaft
Gabriele.Meyer@uk-halle.de



UNIV.-PROF. I.R. DR. MED. INGRID MÜHLHAUSER
Ingrid.Muehlhauser@
uni-hamburg.de

Referenzen

- 1) Berndt C. Bis zu 40 Prozent aller Alzheimerfälle lassen sich verhindern – das muss stärker in die Köpfe. Süddeutsche Zeitung, 25. Oktober 2024. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/alzheimer-risiko-boomer-li.3135658?reduced=true> (Zugriff am 30.12.2024)
- 2) Desai R, John A, Saunders R, Marchant NL, Buckman JEJ, Charlesworth G, Zuber V, Stott J. Examining the Lancet Commission risk factors for dementia using Mendelian randomisation. *BMJ Ment Health* 2023; 26 (1): e300555
- 3) Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. <https://dgn.org/artikel/dgn-begrusst-die-empfehlung-zur-ema-zulassung-von-lecanemab> (Zugriff am 30.12.2024)
- 4) Ebmeier KP. Prävention von 14 Risikofaktoren könnte Demenzzfälle verhindern. Statement. *Medizin & Lebenswissenschaften*, 31.07.2024. Science Media Center Germany. <https://www.sciencemediacenter.de/angebote/praevention-von-14-risikofaktoren-koennte-demenzfaelle-verhindern-24109> (Zugriff am 30.12.2024)
- 5) European Medicines Agency (EMA). Approval of the marketing authorisation for Leqembi (lecanemab). Re-examination leads to recommendation to approve. 14. November 2024. https://www.ema.europa.eu/en/documents/medicine-qa/questions-answers-approval-marketing-authorisation-leqembi-lecanemab_en.pdf (Zugriff am 30.12.2024)
- 6) Frimmer V, Martin M. Alzheimer-Antikörper Lecanemab. Hoffnungsträger mit Einschränkungen. *Dtsch Arztebl* 2024; 121 (24): A-1554-A-1555
- 7) Jönsson L, Wimo A, Handels R, Johansson G, Boada M, Engelborghs S, et al. The affordability of lecanemab, an amyloid-targeting therapy for Alzheimer's disease: an EADC-EC viewpoint. *Lancet Reg Health Eur* 2023; 29: 100657
- 8) Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet* 2024; 404: 572-628
- 9) Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/leitlinie-evidenzbasierte-gesundheitsinformation-fin.pdf> (Zugriff am 31.12.2024)
- 10) Mühlhauser I. Und nochmals Vitamin D – Welche Erkenntnis bringt eine Mendel-randomisierte Kohortenstudie? *KVH Journal* 2/2023: 30-33
- 11) Muir RT, Hill MD, Black SE, Smith EE. Minimal clinically important difference in Alzheimer's disease: Rapid review. *Alzheimers Dement* 2024; 20 (5): 3352-3363
- 12) The Lancet. Divisions over lecanemab: keeping an open mind. *Lancet* 2024; 404 (10458): 1077
- 13) van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, Kanekiyo M, Li D, Reyderman L, Cohen S, Froelich L, Katayama S, Sabbagh M, Vellas B, Watson D, Dhadda S, Irizarry M, Kramer LD, Iwatsubo T. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2023; 388 (1): 9-21



VON DR. MATTHIAS SOYKA

Kurze Kulturgeschichte des Rückenschmerzes

Vom Hexenzauber bis zum bio-psycho-sozialen Modell: Die unterschiedlichen Erklärungsmodelle des Rückenschmerzes zeigen, wie irrtumsanfällig und zeitgebunden medizinische Gewissheiten sein können.

Zum Rückenschmerz gibt es viele Theorien und Vorstellungen, über die sich genauso munter streiten lässt wie über Politik und Kindererziehung. Und ebenso wie bei diesen Themen scheint die Inbrunst, mit der eine Ansicht vertreten wird, oft im reziproken Verhältnis zu den Kenntnissen der Meinungsträger zu stehen.

Erfahrene Behandler hingegen werden im Laufe der Zeit zunehmend skeptischer, was die Allgemeingültigkeit ihrer alten und neuen Lieblingstheorien angeht. So geht es jedenfalls mir und vielen anderen Ärzten und Therapeuten. Je mehr ich von meinen Patienten und der Wissenschaft lerne, um so komplexer erscheint mir das Phänomen Rückenschmerz.

Früher war es jedenfalls viel einfacher.

Martin Luther, der große Reformator, hielt Rückenschmerz für die Folge eines Schadenszaubers. Er war sich sicher, dass „weise Frauen“ Schuld an der Lumbago sind. „Sie schießen über eine Entfernung von einer Meile und mehr, machen sie mit ihren Zauberpfeilen Hinkende, dass niemand heilen kann“.

Sein Therapieansatz war radikal. „Die Zaubерinnen sollen getötet

werden, weil sie Diebe sind, Ehebrecher, Räuber, Mörder.... Also sollen sie getötet werden, nicht allein, weil sie schaden, sondern auch, weil sie Umgang mit dem Satan haben.“

Die rabiate Art der Behandlung auf dem Scheiterhaufen relativiert das Humorige des Begriffs „**Hexenschuss**“.

Weiser und humaner erscheint da doch die uralte chinesische Sichtweise aus meinem abgegriffenem Akupunkturbuch: „Rückenschmerzen sind eine **Windkrankheit**“. Darunter kann sich auch derjenige etwas vorstellen, der nicht an Hexen glaubt. Unplausibel erscheint es auch nicht. Dass man sich den Rücken „verköhlt“ hat, ist in vielen Regionen der Welt eine verbreitete Erklärung für einen schmerzhaften Rücken, die Behandlung mit warmen Packungen ebenso wie die mit Drücken, Pressen und Nadeln eine beliebte Therapieform.

Eine weitere, seit der Antike bekannte, Behandlungsmethode ist die Manipulation und **Verschiebung von Knochen und Gelenken**. Schon Hippokrates (490-377 v. Chr.) und Galen (131-202 n. Chr.) beschrieben Manipulationstechniken und Behandlungen durch Traktionen.

In Thailand sind in buddhistischen Tempeln 2000 Jahre alte Statuen zu bewundern, die Wirbelsäulenmanipulationstechniken zeigen. Doch spätestens mit Beginn der Neuzeit war das Knochensetzen und -verschieben („bone setting“) fast nur noch bei nichtmedizinischen Laien, vor allem auf dem Land, präsent.

1874 begründete Andrew Taylor Still die Methode der **Osteopathie**. Still war Landarzt im wilden Westen. Er kam dort mit zahlreichen Methoden des „bone settings“ in Kontakt, die er systematisierte und durch philosophische Grundsätze sowie Elemente des Schamanismus der Shawnee-Indianer erweiterte.

Für Still war der Rückenschmerz Ausdruck von Verschiebungen und Fehlstellungen knöcherner Wirbelsäulenelemente, die die Körperflüssigkeiten daran hindern würden, regelmäßig zu fließen. Sein neues System nannte er „Osteopathie“.

Kurz nach ihm entwickelte D.D. Palmer, der zuvor als Gemüsehändler und „Magnetischer Heiler“ tätig war, die Methode der **Chiropraktik**. Seine erste Manipulation führte er 1895 durch. Auch er sah die Ursache von Rückenschmerzen, aber auch einer großen Zahl anderer

Beschwerden, in der Verschiebung von Wirbeln, die es zur Therapie zu „adjustieren“ gelte.

Die **Bandscheibe** kam erst Jahrzehnte danach ins Spiel, also deutlich später als die „alternativen Methoden“ Osteopathie und Chiropraktik. 1934 beschrieben Mixer und Barr die Assoziation von Ischiasschmerzen und Bandscheibenhernierungen.

Das war der Startschuss der Bandscheiben-Ära. Die operative Behandlung von Bandscheibenvorfällen verbreitete sich weltweit. Das Wort Bandscheibenvorfall wurde zu einem Synonym für „Rückenschmerz“. Doch in den achtziger Jahren wuchs die Kritik an der Übertherapie durch zu häufige Operationen.

Die Entdeckungen von Mixer und Barr bedeuteten das Aus für ein anderes pathologisches Konzept. Nur ein Jahr zuvor, 1933, prägte R.K. Ghomerley den Begriff „**Facetensyndrom**“. Hierunter werden Schmerzen verstanden, die von den kleinen Wirbelgelenken ausgehen, den „Facetten“. Da Arthrosen dort häufig radiologisch nachweisbar sind, kamen sie als mögliche Schmerzursache für Rückenschmerzen in Betracht. Doch so einfach ist die Sache nicht, denn längst nicht jede im Röntgenbild nachweisbare Arthrose ist mit Rückenschmerzen verbunden. Sie findet man auch sehr oft bei völlig Beschwerdefreien.

Man bewies das Schmerzpotential der Wirbelgelenke dadurch, dass typische Schmerzen durch Injektionen an die Wirbelgelenke mit hochkonzentrierter Kochsalzlösung ausgelöst, aber auch durch lokale



Hexenschuss: Spätmittelalterliche Darstellung (um 1490) von Johann Zainer, Holzschnitt aus dem „tractatus von den bösen weibern, die man hexen nennt“ von Ulrich Molitor

Betäubungsmittel reduziert werden konnten.

Doch zunächst geriet diese Entdeckung durch die „Erfolgsstory der Bandscheibe“ in Vergessenheit und wurde erst wiederentdeckt, als sich zeigte, dass viele operierte Bandscheiben-Patienten nicht beschwerdefrei wurden.

Auch die Möglichkeit, dass die inneren Anteile des Faserrings der Bandscheibe als Schmerzursache in Frage kämen, wurde anfangs vehement abgelehnt. Denn man ging davon aus, dass die Bandscheibe selbst keine Schmerzen verursachen könne, und die Schmerzen an Rücken oder im Bein nur durch den Druck der vorgewölbten oder vorgefallenen Bandscheibe auf die benachbarten Nervenwurzeln entstünden.

Vor allem der Übervater der Szene, Alfred Nachemson, lehnte das Kon-

zept des **diskogenen Schmerzes** ab. Doch schließlich gab es klare Beweise dafür, dass freie Nervenendigungen im Faserring der Bandscheibe und Entzündungsmediatoren Schmerzen direkt in der Bandscheibe verursachen können.

Auch in der konservativen Therapie hinterließ die Bandscheibe ihre Spuren. Eine Gruppe um den Osteopathen Alan Stoddard und den Orthopäden James Cyriax erklärten die seit der Antike postulierten Verschiebungen im Rücken mit einem „**Derangement**“ von Bandscheiben. Der neuseeländische Physiotherapeut Robin McKenzie präzisierte die daraus abgeleiteten Behandlungen. Zum Beispiel sollte durch Einnahme einer Hohlkreuzposition eine Reduzierung von Bandscheibenvorwölbungen nach hinten reduziert werden.

In den achtziger Jahren versuchten in Deutschland Ärzte die rationalen Anteile der Chiropraktik für die Schulmedizin nutzbar zu machen und entwickelten die **Chirotherapie**. Im Zentrum ihrer Überlegungen stand die Blockierung, die sie als „hypomobile Funktionsstörung“ von Wirbelsäulensegmenten definierten.

Besonders häufig diagnostizierten die Chirotherapeuten die **Blockierung des Iliosakralgelenks** (ISG), wobei sie in Gegensatz zu alten Chirurgen gerieten, die bezweifelten, dass es sich bei der Verbindung zwischen dem Darmbein und dem Kreuzbein überhaupt um ein Gelenk handelte. Für sie war das ISG nur die „Iliosakral-Fuge“. Ein schöner Antagonismus, der Anlass bot für wunderbare Streitgespräche an Ärz-



testamentischen. Doch auch wenn das ISG nur eine geringe Beweglichkeit aufweist, ist inzwischen unstreitig, dass es sich dabei um ein echtes Gelenk handelt.

Mit dem Boom der Chirotherapie löste das ISG in den neunziger Jahren die Bandscheibe auf dem Platz 1 der Lieblingsdiagnosen ab. Doch am Ende ging es dem ISG wie der Bandscheibe. Es wurde zu viel und oftmals wenig sinnvoll behandelt. Immerhin führte die Inflationierung der Diagnose nicht zu überflüssigen Operationen.

Eine andere mögliche Erklärung tiefer Rückenschmerzen lieferte die Gynäkologie, die **Lageanomalien und Abnormalitäten der Gebärmutter** und des Lig. Teres uteri als Ursache ansah. Bis in die Neunzi-

Einige Rezipienten konzentrierten sich einseitig auf die zu **schwachen Rückenmuskeln**. Der Slogan „Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz“ verhieß Hoffnung, die sich aber nicht immer erfüllte. Denn gerade Spitzensportler leiden besonders häufig unter Rückenschmerzen. Auch darüber, ob die **Dehnbarkeit** oder die Stärke der Muskeln die wichtigere Qualität sei, ließen sich treffliche Debatten führen.

Ein anderer Disput war von einem ähnlich starken Antagonismus geprägt. Während der Schweizer Neurologe Brügger der Ansicht war, dass die **Lordose der Lendenwirbelsäule** nicht stark genug sein konnte, warnten die Orthopäden um den Bandscheibenpapst Jürgen Krämer vor zu viel Hohlkreuz.

Ursache von Rückenschmerzen in Läsionen der Faszien gesehen, die in sechs Typen unterteilt werden. Dieses Modell ist inzwischen so erfolgreich, dass die Faszie die Nachfolge von Bandscheibe, Iliosakralgelenk und Triggerpunkt angetreten hat als universelle Erklärung für fast alles am Rücken.

Bei der Suche nach der richtigen Diagnose muss der Arzt noch sehr viele andere Erkrankungen kennen und berücksichtigen, wie das Wirbelgleiten oder den Morbus Bechterew, um nur zwei zu nennen. Doch dies sind keine **„Favoritenkrankheiten“**, die fest im Fokus der Öffentlichkeit und der Patienten verankert sind und deren „Moden“ auch Ärzte und Therapeuten erliegen. Dabei ist eine gewisse Gesetzmäßigkeit zu beobachten.

Wenn eine neue Favoritendiagnose die Bühne betritt, wird diese Diagnose bald bei jeder passenden und nicht passenden Gelegenheit gestellt und die entsprechende Therapie veranlasst.

Wenn sich durch die Überdiagnostik Misserfolge häufen, stellen die meisten Ärzte die Diagnose seltener, wodurch sich ihre Treffsicherheit wieder erhöht. So wird die Favoritendiagnose in den Katalog der üblichen Diagnosen eingereiht.

Die wohl putzigste Diagnose ist jedoch der **„unspezifische Rückenschmerz“**. Dieser Begriff will zum Ausdruck bringen, dass sich eine genaue Ursache für die Beschwerden nicht feststellen lässt und dass die Ursache den Diagnostiker auch

Andrew Taylor Still begründete 1874 die Osteopathie. Er war Landarzt im Wilden Westen. Dort kam er mit zahlreichen Methoden des "bone settings" in Kontakt.

ger Jahren waren Operationen der „Mutterbänder“ eine verbreitete Behandlung von Rückenschmerzen bei Frauen.

Lewit und Janda, zwei ärztliche Manualtherapeuten aus der CSSR, beschäftigten sich mit **Muskeldysbalancen**, Muskelverkürzungen und Muskelschwächen als Ursachen von Rückenbeschwerden. Sie beeinflussten damit Diagnostik und Therapie weltweit.

Travell und Simons, USA, erstellten ganze Kataloge von **Myofaszialen Triggerpunkten**. Das sind übererregbare Areale in verspannten Muskeln oder Faszien. Diese wurden mit Druck, Kälte, Injektionen, Stoßwellen anschließenden Dehnungen behandelt. Dieses Konzept ist weltweit weitgehend akzeptiert.

Eine Weiterentwicklung ist das moderne Modell der **Fasziendistorsion** nach Typaldos. Hier wird die

nicht weiter interessiert, weil er so wieso nur abwarten oder Schmerzmittel verordnen möchte. Das ist nicht ganz so abwegig, wie es auf den ersten Blick erscheint.

Denn häufig finden auch erfahrene Diagnostiker mehrere ursächliche Faktoren. So kann z.B. ein Bandscheibenvorfall mit einer muskulären Symptomatik einhergehen. Trotzdem wäre der Begriff „unspezifisch“ nicht treffend.

Eine bessere Bezeichnung wäre z.B. „multifaktoriell“. In den Fällen, in denen sich keine Ursache findet, spräche man besser von „unklarem Rückenschmerz“.

Einen gewissen Sinn kann die Bezeichnung „unspezifischer Rückenschmerz“ allerdings beim **chronischen Rückenschmerz** machen.

Denn ob ein Rückenschmerz chronisch wird, hängt nicht in erster Linie davon ab, wie schwer das ursprüngliche physische Problem war.

Für die Chronifizierung scheint viel entscheidender zu sein, was der Patient über seinen Schmerz denkt, welche Überzeugungen, Ansichten und Ängste über die Krankheit er hat.

Wer glaubt, schwer krank zu sein, neigt mehr zur Chronifizierung als diejenigen, die ihre Beschwerden für etwas Vorübergehendes halten.

Deshalb wirken sich auch Optimismus oder Pessimismus, und natürlich psychische Probleme auf die Chronifizierung aus. Auch das soziale Umfeld hat in dieser Frage ein Wort mitzureden.

Für diese Melange unterschiedlicher Faktoren, die jeder Behandler kennt, prägte der schottische Orthopäde Gordon Waddell den genialen Begriff „**bio-psycho-soziales Schmerzmodell**“.

Weil bei chronischen Rückenschmerzpatienten die ursprüngliche physische Störung in den Hintergrund tritt, ist die Behandlung in einem gewissen Maße „unspezifisch“, so dass die Diagnose „unspezifischer Rückenschmerz“ hier Sinn machen kann.

Für den normalen Schmerz jedoch, der den Patienten in das Sprechzimmer eines Arztes führt, ist sie wenig hilfreich. Denn der Patient will verständlicherweise wissen, was er eigentlich hat. In allen Gebieten der Medizin werden immer spezifischere Diagnosen gestellt, z.B. in der Onkologie oder der Diabetologie.

Aber in der Rückenbehandlung soll das radikale Gegenteil gelten? Trotzdem ist der Begriff „unspezifischer Rückenschmerz“ beliebt, allerdings vorwiegend bei Wissenschaftlern, Leitlinienverfassern und Gesundheitsökonomien, denn er erleichtert das Einordnen in diagnostische Schubladen.

Vor allem Wissenschaftler, die ihre Publikationslisten aufbauen müssen, haben weniger Mühe, wenn sie für Studien nicht mühsam Patienten mit vielen unterschiedlichen Diagnosen rekrutieren müssen, sondern bequem alle zusammen unter dem Begriff „unspezifischer Rückenschmerz“ subsummieren können.

Diese Favoritendiagnose ist daher vorwiegend eine des medizinischen Überbaus. In die Gedankenwelt der Patienten fand sie keinen Eintritt. In den 40 Jahren, die ich als Arzt tätig bin, habe ich Tausende Patienten untersucht, die mir schon beim Erstgespräch ihre vermutete Diagnose mitteilten, wie z.B. „Ich habe es an der Bandscheibe L5/S1“ oder „Kann es das Ilio-Sakralgelenk sein?“. Noch nie – nicht ein einziges Mal – hörte ich von einem Patienten: „Ich leide seit drei Wochen unter unspezifischem Rückenschmerz“.

Wenn Menschen über Krankheiten reden, geht es nicht nur um den sachlichen Gehalt. Eine Diagnose, die sich im allgemeinen Bewusstsein festsetzt, transportiert auch zahlreiche Geschichten und Botschaften. Sie hat zum Teil auch Aspekte von Unterhaltung.

Man kann das als Arzt bedauern, wenn man ein sehr trockener, nüchterner Typ ist. Aber wer seine Patienten erreichen möchte, kann diese Aspekte einer Diagnose nicht ignorieren. Er muss sich auf die Geschichten und selbst auf die Anekdoten einlassen – und aufpassen, dass das alles nicht übertrieben wird. ■

DR. MATTHIAS SOYKA ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg. www.dr-soyka.de; Youtube Kanal „Hilfe zur Selbsthilfe“



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **PD Dr. Till S. Eichenauer**
Obmann Kreis 22

Name: **PD Dr. Till S. Eichenauer**

Geburtsdatum: **16.1.1987**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Urologie mit den Zusatzbezeichnungen Andrologie und medikamentöse Tumorthherapie**

Weitere Ämter: **Prüfer für Urologie in der Ärztekammer**

Hobbys: **Gravelbike fahren**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Voll und ganz.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Die Selbstverwaltung ist ungemein wichtig, aktuell wohl mehr denn je. Ich möchte mich hier einbringen und verlässlicher Ansprechpartner für die Kollegen in unserem Kreis sein.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Ich empfinde unsere ärztliche Lobby als schwach. Wir und unsere Fachgruppen werden in vielen Bereichen einfach übergangen. Sei es in der Festlegung von Vergütungen (z.B. Hybrid DRGs) oder bei Veränderungen von Weiterbildungsordnungen (z.B. Andrologie). Das würde ich gerne ändern, werde ich aber nicht können.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Überbordende Bürokratie.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?
Ich bin zufrieden.



© Vernessa Himmler

Die Frauenkommission der KV Hamburg lädt ein:

Diskussionsveranstaltung

Ist die ambulante Versorgung in Hamburg in Gefahr?

Herausforderungen und Lösungsansätze

Wann: 12. Februar 2025, 20:00–21:30 Uhr (Einlass ab 19:30 Uhr)

Wo: Hamburger Ärztehaus der KV Hamburg (Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg)

Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung steht vor großen Herausforderungen: Unterfinanzierung, Fachkräftemangel und bürokratische Hürden bei steigendem Versorgungsbedarf belasten die Praxen. Die nachrückende Generation von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen stellt neue Ansprüche an Work und Life. Gleichzeitig bewirkt die Gesundheitspolitik die zunehmende Ausbreitung investorengeführter MVZ. Diese Entwicklung verändert die Versorgungslandschaft.

Gemeinsam mit dem KVH-Vorsitzenden John Afful und der Leiterin Operatives Geschäft Martina Kemme diskutieren wir über:

- Wie sichern wir die Zukunft der freiberuflichen patientenzentrierten Tätigkeit?
- Welche gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erschweren die ambulante Versorgung?
- Wie können wir jüngere Kolleg:innen für die Niederlassung gewinnen?
- Wie lassen sich bürokratische Hürden abbauen und Strukturen transparenter gestalten?
- Was tun gegen die wachsende Marktmacht investorengeführter MVZ?

2 Fortbildungspunkte

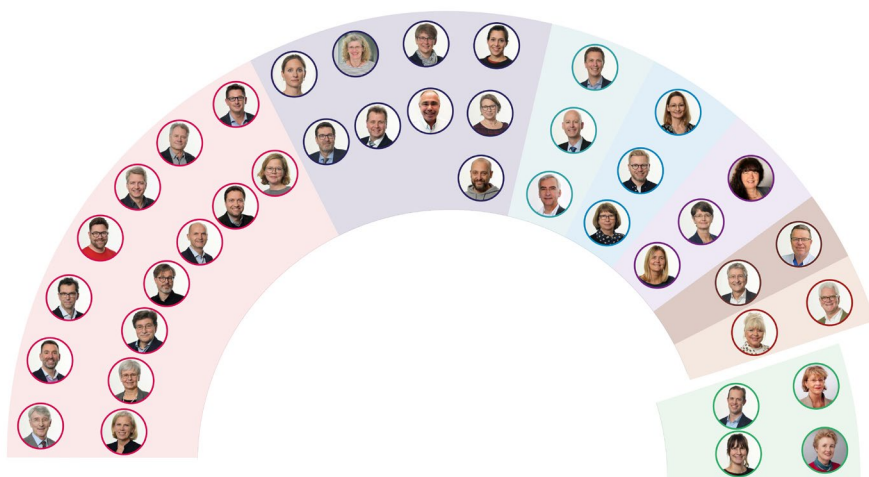
Wir freuen uns über die Teilnahme aller Mitglieder der KV, der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer!



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 2. April 2024 (19 Uhr)

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



WEBINAR: HYGIENE-PLAN FÜR DIE ARZTPRAXIS

Eine Anleitung

- Was gehört in den Hygieneplan?
- Worauf müssen Sie bei Erstellung und Umsetzung achten?
- Welche Behörden überwachen die Einhaltung des Hygieneplans? Wie läuft eine Praxisbegehung ab?
- Wer unterstützt Sie bei Ihrem Hygienemanagement?

Mi. 19.3.2025 (18 - 19.30 Uhr)
kostenfrei

Anmeldung über den Veranstaltungskalender des Virchowbundes:
<https://www.virchowbund.de/mitgliedschaft/veranstaltungen>

Gemeinsames Webinar mit dem Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen, mit der KBV und dem VirchowBund.

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP® aktuell (online)

Do. 6.2.2025 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Einführungsseminar QEP für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)

Zweitägig:

Fr. 28.2.2025 (15 - 20 Uhr) und

Sa. 1.3.2025 (9 - 16 Uhr)

Teilnahmegebühr: 1. Person: 270 €, 2. Person: 215 €

20 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Do. 6.3.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen (online)

Mi. 16.4.2025 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz Basisseminar (online)

Do. 17.4.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Weitere Informationen und Anmeldung: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen



Oder über den QR-Code

Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858
Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG****Für Praxisinhaber und Mitarbeiter**

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können.

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL****Nervenkompressionssyndrome**

Symptomatik - Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 12.2.2025 (18 - 22 Uhr)

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen - Diagnostik - Therapieoptionen

Mi. 18.6.2025 (18 - 22 Uhr)

**Bewegung – der perfekte
Stressabbau**

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 - 22 Uhr)

Alkoholabhängigkeit und Epilepsie

Zusammenhänge – therapeutisches Vorgehen – differentialdiagnostische Besonderheiten

Mi. 19.11.2025 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER****Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte****Aktuelle Infos:**

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie,
Tel: 202299-306,
akademie@aekhh.de

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2025!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2025 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

Fortbildungsveranstaltung Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Mi. 18.6.2025 (14 - 18 Uhr)

Mi. 10.9.2025 (14 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Anmeldung: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü
→ Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code

Wir freuen uns auf Sie!





Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf www.kvhh.de. Wir rufen Sie gern zurück!